

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sikap

1. Definisi Sikap

Sikap merupakan perkumpulan dari perasaan dan kepercayaan terhadap suatu hal, objek, maupun situasi (Mc Leod, 2014). Baron & Byrne (2004) mendefinisikan sikap sebagai suatu evaluasi yang diadakan oleh seseorang tentang berbagai aspek yang dapat memunculkan rasa suka atau tidak suka terhadap berbagai hal, objek, maupun situasi.

2. Struktur Sikap

Menurut Mc Leod (2014), struktur sikap dapat dijelaskan dalam tiga komponen berikut:

- a. Komponen afektif, yakni melibatkan perasaan atau emosi seseorang mengenai suatu objek sikap. Sebagai contoh, seseorang yang memiliki ketakutan terhadap suatu binatang tertentu.
- b. Komponen perilaku atau konatif, yakni cara bersikap yang ada pada diri kita akan mempengaruhi bagaimana kita berperilaku. Sebagai contoh, seseorang yang memiliki ketakutan terhadap suatu binatang tertentu akan berteriak dan berlari menjauh tiap kali melihat binatang tersebut.

- c. Komponen kognitif, yakni melibatkan pengetahuan maupun keyakinan seseorang mengenai suatu objek sikap. Sebagai contoh, seseorang yang yakin bahwa suatu binatang tertentu mengerikan dan berbahaya.

3. Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pembentukan sikap (Azwar, 2009) yaitu:

- a. Pengalaman pribadi

Pengalaman yang telah seseorang alami ikut berperan dalam mempengaruhi penghayatan orang tersebut terhadap stimulus sosial.

- b. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi sikap seseorang terhadap berbagai objek maupun situasi.

- c. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya individu akan cenderung lebih memiliki sikap menerima terhadap orang yang dianggap penting.

4. Tingkatan Sikap

Beberapa tingkatan sikap adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 1997):

- a. Menerima (Receiving), yakni subjek menerima dan memperhatikan rangsangan yang diberikan oleh obyek.
- b. Merespon (Responding), yakni seseorang akan mengerjakan tugas yang diberikan.

- c. Menghargai (Valuing), yakni seseorang akan mengajak orang lain untuk mendiskusikan masalah yang ada.
- d. Bertanggungjawab (Responsible), yakni merupakan tingkatan sikap yang paling penting. Seseorang harus bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilih olehnya.

B. Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut American Academy of Family Physician (2016), keluarga merupakan sekelompok individu dengan adanya keterikatan hukum, genetik, maupun emosional yang berkelanjutan. Keluarga merupakan dua atau lebih dari dua individu yang memiliki keterikatan dengan kelahiran atau pernikahan dan tinggal di satu unit perumahan yang sama (Biro Sensus A.S., 2005).

Berdasarkan UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami-isteri maupun suami-isteri dengan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Adapun keluarga sejahtera merupakan keluarga yang dibentuk atas perkawinan yang sah, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan materiil, memiliki hubungan yang serasi dan selaras antar anggota keluarga serta antara keluarga dengan masyarakat.

1. Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Sparks (2009) adalah sebagai berikut:

a. Keluarga inti (Nuclear family)

Merupakan keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah serta anak-anak biologis dari keduanya.

b. Keluarga besar (Extended family)

Merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah, seperti kakek-nenek maupun paman-bibi.

c. Keluarga campuran (blended family)

Merupakan keluarga yang terdiri dari dua atau lebih dari dua anggota yang berasal dari keluarga sebelumnya.

d. Keluarga dengan orang tua tunggal (Single parent family)

Merupakan keluarga yang terdiri dari salah satu orangtua yakni ayah atau ibu yang bertanggungjawab tunggal dalam membesarkan anak.

e. Keluarga adoptif (Adoptive family)

Adalah keluarga yang salah satu atau lebih anaknya merupakan anak adopsi.

2. Struktur keluarga

Empat elemen struktur keluarga menurut Friedman (1998) adalah sebagai berikut:

a. Norma keluarga

Merupakan nilai atau norma yang diyakini dalam keluarga.

b. Pola keluarga

Menggambarkan bagaimana pola komunikasi antara ayah dengan ibu (orangtua), orangtua dengan anak, anak dengan anak, maupun keluarga inti (*nuclear family*) dengan keluarga besar (*extended family*).

c. Kekuatan keluarga

Menggambarkan bagaimana kemampuan anggota keluarga dalam mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

d. Peran keluarga

Menggambarkan bagaimana peran anggota keluarga dalam menjalankan peran masing-masing, baik di lingkungan keluarga maupun di lingkungan masyarakat.

3. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Keluarga memiliki tugas dalam bidang kesehatan yang perlu untuk diketahui dan dilaksanakan:

a. Mengetahui masalah kesehatan yang ada di keluarga.

Kesehatan merupakan hal yang tak ternilai harganya. Bila ada salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, maka hal tersebut tidak boleh diabaikan dan perlu untuk dipahami lebih lanjut.

- b. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Keluarga sebaiknya melakukan tindakan kesehatan yang tepat maupun mencari pertolongan sesuai dengan kapasitas keluarga agar masalah kesehatan tersebut dapat teratasi dengan baik.

- c. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Perawatan masalah kesehatan dapat dilakukan melalui institusi pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit maupun Puskesmas dan di rumah.

C. Skizofrenia

5. Definisi Skizofrenia

Menurut National Institute of Mental Health (2016), skizofrenia merupakan gangguan mental kronis dan berat yang mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak, berpikir dan merasakan sesuatu. Orang dengan skizofrenia akan tampak seperti mereka telah kehilangan kontak dengan kenyataan. Adapun menurut gejala klinisnya, skizofrenia didefinisikan sebagai suatu gangguan yang meliputi kekacauan pada isi pikiran, bentuk pikir, afeksi, persepsi, perilaku, motivasi, serta fungsi interpersonal (Halgin & Whitbourne, 2014).

Chaplin (1981) dalam bukunya yang berjudul “Dictionary of Psychology” mendefinisikan skizofrenia sebagai istilah umum yang digunakan untuk sekelompok reaksi psikosis yang ditandai dengan adanya penarikan diri

dari gangguan emosional dalam kehidupan, adanya halusinasi, waham, tingkah laku negativistik serta deteriorasi yang negatif.

6. Jenis-jenis Skizofrenia

Beberapa jenis skizofrenia menurut PPDGJ-III dan DSM-5 (2013) adalah sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Pada skizofrenia paranoid, halusinasi atau waham harus menonjol. Terdapat halusinasi auditori, yakni munculnya suara-suara yang dirasa mengancam bagi pasien maupun suara seperti memberi perintah namun tidak jelas wujud asalnya dan tidak dapat didengar oleh orang lain. Adapun halusinasi olfaktori atau halusinasi pembauan, halusinasi visual, serta halusinasi gustatori atau halusinasi pengecapan rasa dapat muncul pada skizofrenia paranoid.

Pada skizofrenia paranoid dapat dijumpai tiap jenis waham, namun waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of influence*), serta waham kejar merupakan gejala waham yang paling khas.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Onset dari skizofrenia hebefrenik pada umumnya dimulai pada usia 15 hingga 25 tahun. Maka dari itu, diagnosis skizofrenia hebefrenik untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda. Ciri khasnya adalah kepribadian premorbid, yakni sifat yang pemalu serta senang

menyendiri (*solitary*), namun bila gejala tidak muncul tetap bisa dilakukan penentuan diagnosis.

Perlu dilakukan pengamatan yang berlanjut selama kurang lebih 2 hingga 3 bulan untuk penentuan diagnosis pasti, yakni adanya gambaran khas yang bertahan berupa: Perilaku yang tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramalkan, perilaku yang menunjukkan hampa tujuan atau hampa perasaan, afek yang tidak wajar (*inappropriate*) dan dangkal (*shallow*), cekikikan (*giggling*), tinggi hati (*lofty manner*), tertawa menyeringai (*grimaces*), senyum-senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), mengibuli sambil bersenda gurau (*pranks*), mengulang-ulang kata (*reiterated-phrases*), disorganisasi pikiran serta pembicaraan yang inkoheren.

Pada skizofrenia hebefrenik, dorongan kehendak dan gangguan afektif serta gangguan proses pikir pada umumnya menonjol. Waham dan halusinasi dapat ditemukan namun pada umumnya tidak menonjol.

c. Skizofrenia Katatonik

Pada skizofrenia katatonik, satu atau lebih gambaran klinis berikut harus menonjol: mutisme (tidak berbicara), stupor (reaktivitas yang amat berkurang terhadap lingkungan dan aktivitas spontan serta dalam gerakan), gaduh-gelisah yang tak bertujuan serta tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal, mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar dan aneh secara sukarela, negativisme (perlawanan yang tidak bermotif terhadap segala jenis perintah maupun upaya pergerakan yang berlawanan), rigiditas

(mempertahankan posisi tubuh yang kaku), mengulang kata serta kalimat, maupun kepatuhan secara otomatis terhadap perintah (command automatism).

d. Skizofrenia Simpleks

Sulit untuk membuat diagnosis pasti bagi pasien skizofrenia simpleks. Hal ini dikarenakan diagnosis skizofrenia simpleks tergantung pada pemantapan perjalanan progresif dari: perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, kehilangan minat yang menonjol, tidak melakukan sesuatu dan tanpa tujuan hidup, penarikan diri lingkungan sosial, serta gejala negatif yang menonjol dari skizofrenia residual tanpa disertai adanya riwayat halusinasi, waham, maupun gejala psikotik lainnya.

e. Skizofrenia Tak Terinci (Undifferentiated)

Penentuan diagnosis bagi pasien skizofrenia tak terinci adalah apabila gejala yang muncul pada pasien memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia namun tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia hebefrenik, paranoid, katatonik, residual maupun depresi pasca-skizofrenia.

f. Skizofrenia Residual

Untuk penentuan diagnosis pasti bagi pasien skizofrenia residual, maka harus memenuhi seluruh persyaratan berikut:

- 1) Gejala negatif skizofrenia yang khas, contohnya perawatan diri dan kehidupan sosial yang buruk, komunikasi non verbal yang buruk, miskin

isi pembicaraan, sikap pasif dan tidak adanya inisiatif, aktivitas menurun, serta afek menumpul.

- 2) Minimal ada riwayat satu episode psikotik di masa lalu yang memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
- 3) Sedikitnya telah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang, serta timbul sindrom negatif dari skizofrenia.
- 4) Tidak terdapat dementia maupun gangguan organik lain, depresi kronis yang mampu menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

g. Depresi Pasca-Skizofrenia

Penentuan diagnosis bagi depresi pasca-skizofrenia dapat ditegaskan hanya jika kalau: pasien telah menderita skizofrenia selama 12 tahun terakhir, beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi gejala klinisnya tidak lagi mendominasi, gejala-gejala depresif yang menonjol dan mengganggu dan memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif yakni telah ada paling sedikit dalam kurun waktu 2 minggu.

Bila gejala skizofrenia pada pasien sudah tidak ada, maka diagnosis menjadi Episode Depresif.

7. Etiologi Skizofrenia

Beberapa etiologi skizofrenia menurut Kaplan & Sadock (1997) adalah sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Penelitian-penelitian terdahulu telah banyak melibatkan peranan patofisiologi pada daerah pada otak yakni sistem limbik, ganglia basalis, kortek frontalis. Ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga bila ada kelainan di salah satu daerah tersebut maka akan menyebabkan patologi primer di daerah lainnya. Hal ini dapat menjadikan daerah pada otak tersebut menjadi daerah yang potensial untuk patologi primer pasien skizofrenia.

b. Model *diatesis-stress*

Model *diatesis-stress* merupakan suatu model yang menunjukkan adanya integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Model ini merumuskan bahwa seseorang dapat memiliki suatu kerentanan spesifik (*diatesis*) yang apabila dipaparkan dengan suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres maka dapat memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

8. Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Farmakologi

Obat anti-psikosis atau yang biasa dikenal dengan neuroleptik dan juga sebagai major tranquillizers berguna untuk meringankan gejala psikosis florid (*florid psychotic symptoms*) seperti halusinasi, delusi, gangguan berpikir serta berfungsi untuk mencegah kekambuhan. Obat anti-psikosis pada umumnya dapat membuat tenang tanpa menimbulkan efek kegembiraan paradoksikal

(paradoxical excitement) dan tanpa mempengaruhi kesadaran (Badan POM RI, 2015).

Obat anti-psikosis atau neuroleptik berguna pada terapi psikosis akut maupun kronik. Ciri penting dari obat neuroleptik adalah sebagai berikut:

- 1) Pada penggunaan dosis besar tidak menyebabkan koma yang dalam maupun anestesia.
- 2) Dapat menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang reversibel maupun ireversibel.
- 3) Tidak ada kecenderungan untuk menyebabkan ketergantungan psikis dan fisik.
- 4) Berguna untuk mengatasi agresivitas, hiperaktivitas serta labilitas ekonomi pada pasien psikosis (Santoso & Wiria, 1995).

Obat anti-psikosis terbagi menjadi 2 macam golongan (Maslim, 2014) yaitu:

- 1) Golongan anti-psikosis tipikal (*typical anti psychotics*): Phenothiazine (chlorpromazine, perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, thioridazine), butyrophenone (haloperidol), diphenyl-butyl-piperidine (pimozide).
- 2) Golongan anti-psikosis atipikal (*atypical anti psychotics*): Benzamide (Sulpiride), dibenzodiazepine (clozapine, olanzapine, quetiapine, zotepine), benzisoxazole (risperidon, aripiprazole).

b. Non Farmakologi

1) Terapi psikososial

Terapi psikososial bertujuan agar penderita mampu beradaptasi di lingkungan sosialnya seperti sedia kala, mampu merawat diri, mandiri dan tidak bergantung pada orang lain sehingga tidak lagi menjadi beban bagi keluarga maupun masyarakat.

2) Terapi psikoreligius

Dengan adanya terapi keagamaan berupa mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, berdoa dan beribadah, gejala klinis yang ada pada penderita akan lebih mudah hilang (Sinaga, 2007).

D. Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Tim penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mendefinisikan pengetahuan sebagai segala sesuatu yang diketahui yang berkenaan dengan pelajaran. Adapun menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan hasil dari “mengetahui” yang mana terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba terhadap suatu obyek.

2. Tingkat pengetahuan

Notoatmodjo (2007) membagi tingkat pengetahuan dalam 6 kategori sebagai berikut :

a. Tahu

Berkaitan dengan mengingat kembali materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkatan ini termasuk dalam tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami

Berkaitan dengan kemampuan untuk menjelaskan dengan benar mengenai materi yang telah diketahui serta menginterpretasikannya dengan benar.

c. Analisis

Mencakup kemampuan untuk menjabarkan suatu objek atau materi kedalam elemen-elemen yang berkaitan satu sama lain.

d. Aplikasi

Mencakup kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari sebelumnya pada kondisi yang sebenarnya.

e. Sintesis

Meliputi penerapan pengetahuan dan keterampilan yang telah ada untuk menggabungkan elemen-elemen menjadi suatu pola yang belum pernah ada sebelumnya.

f. Evaluasi

Meliputi kemampuan untuk mengambil keputusan atau menyimpulkan berdasarkan kriteria-kriteria yang ada.

3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut:

a. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah bagi orang tersebut untuk menerima informasi yang berkaitan dengan ilmu pengetahuan maupun tentang obyek tertentu, mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pendidikan sangatlah erat kaitannya dengan ilmu pengetahuan. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat dibutuhkan untuk pengembangan diri.

b. Usia

Usia seseorang akan berpengaruh terhadap aspek fisik, psikologis dan kematangan jiwa orang tersebut.

c. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat memberikan pengalaman serta pengetahuan, baik langsung dan tidak langsung kepada seseorang.

d. Pengalaman

Semakin banyak pengalaman seseorang terhadap sesuatu, maka semakin bertambah pengetahuan seseorang terhadap hal tersebut.

4. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), terdapat 2 cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu:

a. Cara Tradisional (Non Ilmiah)

1) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara Coba Salah telah digunakan sejak jaman dahulu, bahkan saat sebelum adanya kebudayaan maupun peradaban. Pada masa lampau, apabila seseorang tengah menghadapi masalah maupun persoalan, upaya pemecahannya dilakukan dengan sekedar “coba-coba” saja.

Hingga saat ini metode *Trial and Error* masih sering dipergunakan, terutama oleh seseorang yang tidak mengetahui solusi dalam pemecahan masalah yang tengah dihadapi.

2) Cara Kekuasaan (Otoritas)

Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintahan, tokoh agama maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang serupa di dalam penemuan pengetahuan. Pada prinsip otoritas, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya\ baik berdasarkan fakta empiris maupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang

menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang ditemukannya telah benar.

3) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Metode ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang telah diperoleh dalam pemecahan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

4) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara pikir manusia juga ikut berkembang. Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya.

b. Cara Modern (Cara Ilmiah)

Cara baru atau modern yang dikenal dengan “metode penelitian ilmiah” dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah.

E. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap terhadap Penderita Skizofrenia

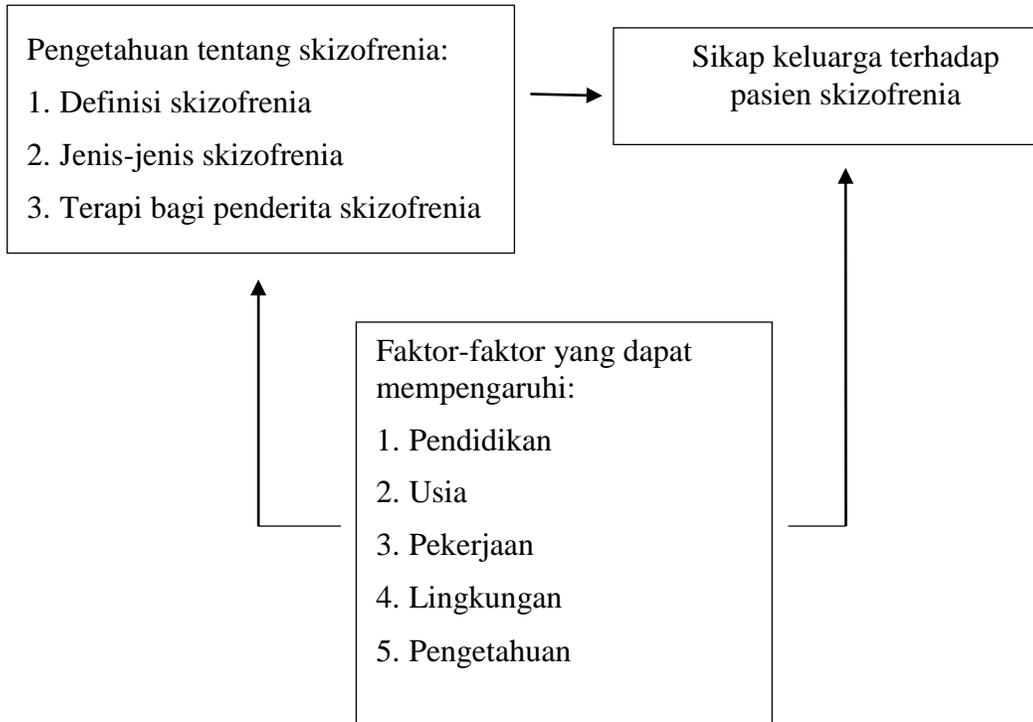
Tingkat pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah adanya informasi yang akan sangat berpengaruh terhadap sikap maupun kepercayaan orang tersebut. Informasi akan mempermudah

seseorang untuk mempersepsikan dan menilai isi dari informasi secara langsung hingga terwujud dalam suatu tindakan (Azwar, 2011).

Apabila seseorang mengetahui tentang suatu stimulus atau obyek, maka proses selanjutnya orang tersebut akan menilai maupun bersikap terhadap stimulus tersebut. Apabila seseorang memiliki sikap yang positif terhadap stimulus, maka orang tersebut akan memiliki sikap yang menunjukkan bahwa orang tersebut mengakui maupun melaksanakan segala norma yang berlaku dimana individu tersebut berada. Sedangkan apabila individu memiliki sikap yang negatif terhadap stimulus, maka individu tersebut akan menolak segala norma dimana individu tersebut berada.

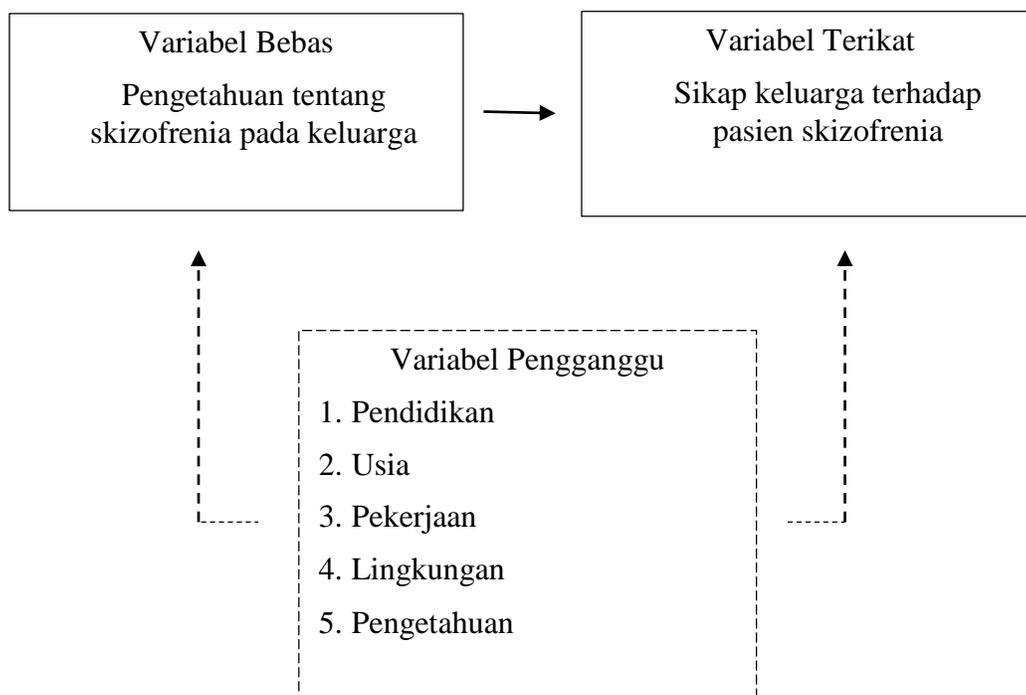
Hal ini juga berlaku pada pengetahuan tentang skizofrenia. Pengetahuan tentang skizofrenia mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif serta objek maupun stimulus yang diketahui, maka memicu sikap yang semakin positif terhadap objek maupun stimulus tersebut (Notoatmodjo, 2007).

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

G. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

H. Hipotesis

Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang skizofrenia dengan sikap keluarga terhadap pasien skizofrenia di Puskesmas Kasihan II Bantul.